

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**NIVEL DE CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA DE LAVADO DE MANOS
EN ENFERMERAS, DEL INSTITUTO REGIONAL DE
ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS DEL NORTE 2016**

Tesis para obtener el Título de Licenciada en Enfermería

AUTORAS:

Bach. MENDOZA MEREGILDO, KATERINE YUDITH.

Bach. SANDOVAL CASANA, ROXANA JESUS.

ASESORA:

Dra. ISABEL CRISTINA PRINCIPE LEON

TRUJILLO- PERÚ

2016

DEDICATORIA

A mi madre por darme todo su apoyo y amor, a mi padre que desde el cielo me brinda luz y fuerzas para seguir adelante.

A mis hermanos Kerin, Victor y Milagritos por ser mi fuente de motivación e inspiración para poder superarme cada día más.

Katerine Yudith

DEDICATORIA

A mis Padres, Wilfredo y Jesús,
mis hermanos Eberth, Araceli,
Edward, Tere por su apoyo, por
siempre brindarme su cariño, por
sus consejos y darme las fuerzas
para poder culminar con una meta
más.

A Christian por su amor y apoyo
incondicional. Y a mi hijo Lionel por ser
esa personita tan especial que día a
día me inspira y motiva a salir adelante
y luchar por nuestro bien.

Roxana Jesús

AGRADECIMIENTO

Agradecemos a DIOS, quien nos dio la vida y nos ha llenado de bendiciones y que con su infinito amor nos ha dado la sabiduría suficiente para culminar nuestra carrera universitaria.

Agradecemos de manera especial a nuestra asesora, Dra. Isabel Príncipe León por su amistad, paciencia, constante apoyo y orientación durante el desarrollo de la presente tesis, mostrando siempre interés y entrega.

Gracias a todas aquellas personas que de una u otra forma nos ayudaron a crecer como personas y como profesionales.

“Ahora podemos decir que todo lo que somos es gracias a todos ustedes”

Katerine y Roxana

TABLA DE CONTENIDOS

	Pág.
DEDICATORIA	I
AGRADECIMIENTO.....	III
TABLA DE CONTENIDOS	IV
LISTA DE TABLAS.....	V
LISTA DE ILUSTRACIONES.....	VI
RESUMEN	VII
ABSTRACT.....	VIII
I. INTRODUCCIÓN	1
II. MATERIAL Y MÉTODO.....	17
III. RESULTADOS	23
IV. DISCUSIÓN.....	30
V. CONCLUSIONES	32
VI. RECOMENDACIONES.....	33
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	34
ANEXOS	

LISTA DE TABLAS

Pág.

Gráfico N° 1: Nivel de conocimiento sobre lavado de manos en enfermeras del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Norte, 2016.....	25
Gráfico N° 2: Práctica del lavado de manos en enfermeras del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Norte 2016.....	27
Gráfico N° 3: Nivel de conocimiento y su relacion con la práctica de lavado de manos en enfermeras del InstitutoRegional de Enfermedades Neoplásicas del Norte, 2016.....	29

LISTA DE ILUSTRACIONES

Gráfico N° 1: Nivel de conocimiento sobre lavado de manos en enfermeras del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Norte, 2016.	23
Gráfico N° 2: Nivel de práctica del lavado de manos en enfermeras del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Norte 2016.	25
Gráfico N° 3: Nivel de conocimiento y su relacion con la práctica de lavado de manos en enfermeras del InstitutoRegional de Enfermedades Neoplásicas del Norte, 2016.	27

RESUMEN

El presente estudio de tipo descriptivo correlacional, se realizó con la finalidad de determinar el nivel de conocimiento y práctica de lavado de manos en enfermeras del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Norte 2016, Distrito de Moche. La muestra estuvo conformada por 74 enfermera a las cuales se aplican dos instrumentos, el primero para obtener información acerca del nivel de Conocimiento de Lavado de Manos” instrumento elaborado por las las autoras y el segundo instrumento checklist “Práctica De Lavado de Manos”. Los resultados revelaron que el 70% de las enfermeras tuvo nivel alto de conocimiento sobre el lavado de manos, en tanto que el 30% tuvo nivel bajo, así mismo en relación a la practica de lavado de manos, el 61% de las enfermeras realizan correcta práctica de lavado de manos, en tanto que el 39% presenta una incorrecta práctica lavado de manos.

Según la prueba de Chi Cuadrado. ($p = 0.000$), se concluye que el nivel de conocimiento se relaciona significativamente con la practica de lavado de manos.

Palabras claves: Nivel de Conocimiento - Práctica de Lavado de Manos – Enfermeras - IREN Norte.

ABSTRACT

This descriptive correlational study was performed in order to determine the level of knowledge and practice of handwashing nurses Regional Institute of Neoplastic Diseases North 2016 District of Moche. The sample consisted of 74 nurse which two instruments are applied, the first to obtain information about the level of knowledge of Handwashing "instrument developed by the authors and the second instrument checklist" Practice Handwashing ". The results revealed that 70% of nurses had high knowledge about handwashing level, while 30% get low in relation to the practice of hand washing, 61% of nurses perform correct practice of handwashing, while 39% have an incorrect practice of washing hands. According to the Chi Square test. ($P = 0.000$), it is concluded that the level of knowledge is significantly related to the practice of hand washing.

Keywords: Knowledge level - Handwashing Practice - Nurses - North IREN

INTRODUCCIÓN

Es conocido a nivel mundial que las infecciones intrahospitalarias constituyen un problema serio en la salud pública, particularmente cuando la mayoría de casos que ocurren se deben a la implementación de estrategias no recomendadas y malas prácticas generales. De acuerdo a datos publicados por la Guía de la Organización Mundial de la Salud (OMS), sobre Higiene de Manos en la atención de la salud 2009, una infección intrahospitalaria se define como cualquier otra enfermedad microbiológica o clínicamente manifiesta entre las 48 – 72 horas post ingreso y afecta un enfermo como consecuencia de su internamiento en un hospital, al personal sanitario como consecuencia de su trabajo. En estudios realizados a nivel mundial se estima que de un 5 a 10 % de pacientes que ingresan a un hospital adquiere una infección que no estaba presente, en el momento de estancia (11, 14).

Actualmente el hospital es un lugar que se visita sin recelo y donde se recupera la salud. Se acude a él por alteraciones triviales en busca de la seguridad que ofrece, aunque, paradójicamente en los hospitales se adquieren infecciones. Muchas de estas infecciones son transmitidas de paciente a paciente mediante las manos de los profesionales, lo que es conocido como infección cruzada. Los microorganismos que adquieren en sus manos los profesionales sanitarios durante el contacto directo con los pacientes o con los objetos que rodean a estos, son conocidos como la flora transitoria de la piel de las manos (17, 33, 35).

La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, patrocinada por la OMS ha hecho del Lavado de Manos (LM) una de sus prioridades. La considera una medida fácil de ejecutar, económica, efectiva, de gran impacto en la seguridad del paciente, implementando directrices de la OMS sobre

Lavado de las manos en la atención sanitaria, las directrices ofrecen a los profesionales sanitarios, los administradores de hospitales y las autoridades sanitarias un completo análisis de los diversos aspectos de la higiene de las manos, así como información detallada para superar los posibles obstáculos, y se han ideado para ser utilizadas en cualquier situación en la que se preste atención sanitaria (31).

El LM debe ser el procedimiento más importante, para la prevención de las infecciones. Es la técnica básica y sencilla que todo personal de salud debe incorporar a su trabajo diario, por ello, es el mayor factor en la reducción de la transmisión de microorganismos para evitar las Infecciones nosocomiales que son la mayor causa de morbi-mortalidad: 5 a 25% gérmenes más frecuentes: Cocos Gram+, Candidas, bacilos Gram (-) (1, 27)

La OMS, describe cinco momentos en los cuales es vital hacer un correcto lavado de manos; Antes del contacto con el paciente, Antes de realizar una tarea aséptica, Después de riesgo de exposición a fluidos orgánicos, después del contacto con el paciente, después del contacto con el entorno del paciente. El 05 de mayo de 2009 la OMS, a través del programa de seguridad del paciente, lanzó la iniciativa “Salva Vidas: Límpiense las manos”, como parte del cumplimiento del Primer Reto del programa: “Una atención limpia es una atención más segura”, cuyo objetivo es incrementar la toma de conciencia alrededor del mundo, acerca de la importancia del LM para reducir las infecciones asociadas a la atención sanitaria (IAAS). El desafío que afronta el reto es una realidad de alcance mundial: hoy día, no hay hospital, consultorio, sistema sanitario, dispensario o puesto de salud que pueda negar la importancia del cumplimiento de las recomendaciones sobre LM. (4, 8, 11).

El principal problema en el lavado de manos, está relacionado con la falta de cumplimiento de la normativa de salud del lavado de manos para el

control de enfermedades establecidas desde 1848 por Ignas Semmelweis. Numerosos estudios publicados concluyen que el personal de salud lava sus manos la mitad de las veces de las que está indicada y en general con menor duración que la recomendada. Según la OMS, en un 40% de médicos y enfermeras no cumplen con el lavado de manos obligatorio para sus funciones (9, 18).

Según estudios epidemiológicos, los factores autodeclarados para el incumplimiento del LM está relacionado con laborar en unidades críticas (UCI, emergencia), agentes químicos destinados al lavado de manos que provocan irritaciones y sequedad, falta de insumos (jabón, papel toalla, alcohol - gel, agua), lavabos ubicados inadecuadamente, tiempo insuficiente (a menudo demasiado ocupado), creencia de que el uso de guantes obvia la necesidad de la higiene de manos, hasta el desconocimiento de protocolos, experiencia y educación, etc. Asimismo, se considera como una de las barreras percibidas a la falta de participación activa en la promoción de la higiene de manos a nivel individual o institucional, entre otros (12, 45).

El lavado de manos puede ser vista como una acción simple, sin embargo la falta de cumplimiento de la misma por parte de los profesionales de la salud es un problema mundial, tanto en países desarrollados como en países en desarrollo, estudios de observación llevados a cabo en hospitales, la frecuencia de higiene de manos fue entre 5 y 42 veces en promedio por turno, 1,7-15,2 veces por hora y la duración en promedio de 6,6 segundos como mínimo y 30 segundos como máximo. Finalmente, siendo el LM, la piedra angular de la prevención de la transmisión de los agentes patógenos, el objetivo de reducir las infecciones asociadas a la atención sanitaria se mantiene como un reto para los establecimientos de salud que deben prestar mayor atención al monitoreo y cumplimiento de esta actividad (2,3,21, 22, 50).

El Ministerio de Salud Pública de Uruguay presento en el año 2008, los resultados de 18 meses de vigilancia. En el cual en diferentes estadísticas se ha demostrado que el personal de salud se lava las manos solo en un 60% de las veces que debería hacerlo”, agregó en una entrevista al Diario el País de Uruguay, el presidente de la Comisión Asesora en Control de Infecciones del Ministerio de Salud Publica en Uruguay, Homero Bagnulo (13).

En Cuba la vigilancia epidemiológica de las infecciones intrahospitalarias (IIH) refleja una tasa global nacional que ha oscilado entre 2,6 y 3,4 por cada 100 egresados, con un promedio anual de 50 000 infectados. En el Programa Nacional para la Prevención y Control de la IIH se relacionan los propósitos, objetivos y estrategias a seguir para la prevención y el control de este tipo de infección, que resume la excelencia en la prestación de los cuidados y protección del paciente (41, 44).

En la región La Libertad se han desarrollado trabajos de investigación acerca del Lavado de Manos, uno de ellos es la “Guía de Lavado de Manos clínico” de IREN con la finalidad de contribuir a un adecuado desempeño asistencial. En el marco normativo de la promoción de Lavado de Manos: Ley General N° 26842, Ley General de Salud, NT N° 020 MINSA/DGSP-V01 Norma Técnica para la prevención y control de Infecciones Intrahospitalarias; NT N° 026 MINSA/OGE- V.01 Norma Técnica de Vigilancia epidemiológica de las Infecciones Intrahospitalarias; RM N°4522003 SA/DM que apruebe la NT: Manual de aislamiento Hospitalario; Resolución Ministerial N143-2006 /Ministerio de Salud (MINSA) se conformó el Comité Técnico para la seguridad del paciente; Resolución Ministerial N°676-2006/MINSA, Plan Nacional para la seguridad del paciente; Resolución Ministerial N°0082011-DGPS/MINSA, declarando la tercera semana del mes de octubre de cada año, como la “Semana del Lavado de Manos con agua y jabón (7, 24, 25).

Para Florence Ninghtingale la Enfermera es la persona con conocimientos teóricos y habilidades prácticas capacitadas para observar inteligentemente a los pacientes y su entorno, para proporcionarles los cuidados necesarios para su salud e influir en la modificación de la misma mediante el fomento de mejoras en sus condiciones de vida. Profesional capacitado para presentar a los médicos "no opiniones, sino hechos". La práctica de la enfermería implica el uso adecuado del aire fresco, la luz, el calor, la limpieza, la tranquilidad, y la oportuna selección y administración de dietas (28).

Paralelo a esto, en el contexto de la Enfermería, Florence Nightingale se caracteriza como impulsora del proceso de lavado de manos. Dentro de esta perspectiva, preconizaba que cuando se instalaban, las enfermedades causaban la rotura de la dermis y consecuentemente se hacía puerta de entrada para microorganismos. De esta forma, siendo función de la enfermera la restauración de la salud, era inherente a esta, acciones de higiene de las manos a fin de promover la seguridad del paciente y propagación de un ambiente terapéutico seguro. Reconociendo, por lo tanto, los escritos de Nightingale, como importantes vertientes de actuación en el campo de la prevención/contagio, se evidencia la necesidad de profesionales empeñados en el proceso salud-enfermedad y en la promoción de estrategias de control de las infecciones hospitalarias (18, 37).

El hombre vive en un entorno repleto de microorganismos, pero solamente algunos pueden llegar a ser residentes de la superficie cutánea. La piel actúa como un órgano de barrera en dos sentidos: evitando la pérdida de agua, electrolitos y otros constituyentes corporales y bloqueando la penetración de moléculas indeseables o nocivas desde el medio ambiente. Además, por su dureza y resistencia física, disminuye los efectos de los traumatismos mecánicos y su superficie seca disminuye la conductibilidad debido a que aumenta la impedancia eléctrica (18, 35).

La piel es un órgano de protección que recubre toda la superficie exterior de nuestro cuerpo. Está constituida por una capa más externa, denominada epidermis, conformada por tejido epitelial (varias capas de células unidas como ladrillos conformando un muro). Las células de este tejido van madurando desde la base hacia la periferia, transformándose en células que conforman el estrato córneo de la piel, llenas de queratina, formando una película protectora que limita mucho la permeabilidad de la piel. Esto hace que las pérdidas hídricas sean mínimas, pero también dificulta el paso de productos aplicados en la piel. Las células del estrato córneo se van descamando, siendo reemplazadas por las células subyacentes, en un proceso que lejos de ser espontáneo, se encuentra altamente regulado (40).

La piel posee mecanismos protectores para limitar su colonización y supervivencia, dependiendo en parte de su habilidad para vencerlos. La colonización bacteriana permite a las defensas cutáneas resistir frente a organismos potencialmente patógenos. Aunque en la mayoría de las veces, los microorganismos viven en situación de sinergia con su huésped, en ocasiones la colonización puede convertirse en una infección clínica. La microbiota de la piel tiene múltiples funciones importantes de homeostasis, interviene en la defensa frente a las infecciones bacterianas por medio de interferencia bacteriana, tiene actividad sobre la degradación de lípidos de la superficie cutánea favoreciendo la función de barrera de la piel, además de ser la responsable directa de la producción de olor al degradar componentes del sudor apócrino (15, 46).

La presencia de microbiota en la superficie cutánea y la función barrera son dos de los mecanismos de protección más importantes de la piel. Estos dos mecanismos, junto con otras funciones que desarrolla la piel, tales como pigmentarias, inmunológicas, de percepción y de sensibilidad, controlan la interrelación del medio externo con el medio interno y brindan integridad a la barrera, logrando la homeostasis cutánea. La piel humana está colonizada por

microorganismos que viven como saprofitos en la superficie, en las fisuras entre las escamas del estrato corneo y dentro de los folículos pilosos, y, en ocasiones, pueden volverse patógenos (29).

La microbiota de la piel está formada por bacterias, hongos y parásitos, y se divide en dos grandes grupos, microbiota residente y transitoria. La Flora Normal, se denomina así a los agentes biológicos que están presentes en el hombre (hospedero o en una región) y pueden ser permanentes. La Flora Transitoria se encuentra representada fundamentalmente por bacterias Gram positivas como *estreptococos*, *estafilococos* y microbiota fúngica como *candida sp.*, Es aquella que no se puede eliminar a pesar del uso de antisépticos. Con técnica correcta se puede reducir a niveles muy bajos por un corto tiempo (3 horas aproximadamente), pasado este tiempo se restituye (38, 46).

A pesar de que la microbiota residente suele mantenerse bastante constante, existen una serie de factores que pueden alterar la presencia y cantidad de microorganismos. Estos factores pueden ser endógenos, secundarios al medio ambiente o a influencias bacterianas. El ingreso de una persona en el hospital altera su microbiota. Aparecen nuevos microorganismos como *Proteus sp.*, *Pseudomonas sp.*, corineformes resistentes a antibióticos y *Candida pp.* Los cambios en la microbiota residente de los pacientes ingresados explicarían en parte la propensión a desarrollar una Infección Nosocomial (IN) por microorganismos más agresivos. La presencia de una enfermedad sistémica puede predisponer a la colonización o infección por diferentes microorganismos, tanto por una anomalía inmunológica como por cambios en la adherencia bacteriana. Por otro lado, un aspecto importante que ejerce una presión importante en la microbiota, para prevenir infecciones cruzadas, es el conocimiento y práctica correcta del lavado de manos y la asepsia (37, 39).

El objetivo de la ventilación y el de la limpieza de la piel son más o menos los mismos, es decir, eliminar las sustancias nocivas del sistema lo antes posible. Toda enfermera debe lavarse las manos con frecuencia a lo largo del día. Si se lava también la cara tanto mejor. Una palabra sobre la limpieza como tal. Sin embargo lavar con una gran cantidad de agua tiene otros efectos que el de la mera limpieza. La piel absorbe el agua, se hace más suave y transpira mejor. Lavar con jabón y agua blanda es, por consiguiente, deseable desde otros puntos de vista, además del de la limpieza (25).

El Lavado de manos es la técnica de seguridad que permite disminuir de las manos los microorganismos para evitar su diseminación y proteger al paciente, personal y familia, se utiliza jabón antiséptico a base de clorhexidina al 4% o povidona yodada al 7,5%. Los momentos para el lavado de manos clínico son cinco, el primero es antes de tocar a un paciente esto se produce entre el último contacto de las manos con una superficie u objeto perteneciente al área de atención sanitaria. El LM en este momento principalmente previene la colonización cruzada entre paciente-profesional y, en ocasiones, la infección exógena (2, 9).

El segundo momento es antes de realizar una tarea aséptica, se da antes de manipular un dispositivo invasivo, independientemente de si se usan guantes. (Categoría IB), si las manos se desplazan de una zona del cuerpo contaminada a una zona limpia en un mismo paciente (IB). El tercer momento es después de un riesgo de exposición a fluidos corporales, el LM de manos debe realizarse de inmediato, y debe tener lugar antes de que las manos tengan contacto con cualquier superficie, incluso dentro de la zona del paciente. Este momento tiene doble objetivo, el primer es reducir el riesgo de colonización o infección del personal sanitario con agentes infecciosos, que puede ocurrir incluso en ausencia de suciedad visible. Es el objetivo más importante; el segundo es reducir el riesgo de transmisión de microorganismos de un área “colonizada” a un “sitio limpio” en el mismo paciente (30).

El cuarto momento para la realización del LM es después de tocar a un paciente, esto se da tras realizar algún procedimiento o técnica sanitaria, al salir de la zona del paciente y antes de tocar un objeto del área de atención sanitaria, realizar la higiene de manos reduce sustancialmente la contaminación de las manos del personal sanitario con la flora de un determinado paciente, minimiza el riesgo de difusión al entorno sanitario, y protege a los propios profesionales sanitarios. El quinto momento es después de tocar el entorno del paciente esto se produce después de la exposición de las manos a cualquier superficie en la zona del paciente, pero sin tocar al paciente. En este momento también se incluye a los objetos contaminados por la flora del paciente que se sacan de la zona del paciente para ser descontaminados o desechados (30).

Existen tres tipos de lavado de manos que comúnmente son practicados en el medio hospitalario, el lavado común, el lavado clínico y el lavado quirúrgico. Pero en este estudio se tomara en cuenta el lavado clínico el cual debe ser aplicado en los diversos servicios del hospital, el cual debe tener un proceso de duración de 40 – 60 segundos con Gluconato de clorhexidina pues posee propiedad antiséptica debido a la adhesión de la sustancia a la superficie bacteriana y la subsiguiente ruptura de la membrana citoplasmática, lo que genera la liberación de los componentes bacterianos y la inmediata muerte celular. Su actividad antimicrobiana es más lenta que el alcohol, pero al contrario de éste tiene una importante actividad residual. La clorhexidina es activa en contra de bacterias Gram+, Gram -, hongos y virus. Se recomiendan las formulaciones al 2 o 4% (30).

La Organización Mundial de la Salud (2010), propone seis maneras fundamentales para que los centros de atención de salud puedan mejorar la higiene de las manos y detener la propagación de las infecciones nosocomiales: Utilización de desinfectantes para las manos, Agua, jabón y

toallas desechables, Capacitación y educación del personal sobre la forma de proceder correctamente, Observación de las prácticas del personal y retroalimentación sobre el desempeño, Uso de recordatorios en el lugar de trabajo y Apoyo de la higiene de las manos y la atención limpia mediante una cultura del aseo (26).

Asi mismo, propone una Técnica de LM como: 1) Retirar anillos, reloj y pulseras. 2) Mójese las manos con agua. 3) Deposite en la palma de las manos una cantidad de jabón suficiente para cubrir toda la superficie de las manos. 4) Frótese las palmas de las manos entre si, 5) Frótese la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos, y viceversa; 6) Frótese las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados. 7) Frótese el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos. 8) Frótese con un movimiento de rotación el pulgar. 9) Frótese la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación, y viceversa. 10) Enjuáguese las manos con agua. 11) Sírvese de la toalla para cerrar el grifo o la llave con la toalla de papel, recuerde que nunca debe hacerlo con la mano limpia porque se contaminara nuevamente. 12) Séquelas con una toalla de un solo uso (26).

Existen diversos problemas que afectan el procedimiento del LM, como son: El estado de la piel, el inconveniente para el cumplimiento de la higiene de las manos son los efectos adversos de los productos utilizados sobre la piel en su mayoría de los problemas cutáneos de los profesionales sanitarios están relacionados con la higiene de sus manos son las dermatitis de contacto. El Uso de cremas barreras, están son absorbidas por las capas superficiales de la piel y están diseñadas para formar una capa protectora que no se elimina completamente tras el lavado de manos en algunos casos pueden ser perjudiciales ya que debajo de ellas pueden albergarse agentes que podrían

incrementar el riesgo tanto de dermatitis. La inadecuada aplicación de la misma causa irritación en lugar de proporcionar beneficios (30).

Otro problema que afecta el procedimiento del LM es el Uso de joyas, produce colonización de microorganismos, impide que el lavado manos se realiza correctamente, además representan un riesgo de peligro físico para los pacientes y profesional sanitario durante las actividades de atención directa, los anillos con superficies o puntiagudas pueden perforar los guantes. Un tipo común de problema es las Uñas y uñas artificiales, en la cual el esmalte en uñas alberga gérmenes patógenos los cuales no son eliminados de mediante el lavado de manos (31).

El Secado de manos es un problema muy común en la realización de la técnica del LM, porque las manos mojadas permiten adquirir con mayor facilidad microorganismos permitiendo su propagación. El correcto secado es una parte importante del lavado de manos, porque puede ser un factor crítico asociado al nivel de transmisión de microorganismos por contacto cruzado después de la higiene (26).

Mario Bunge define el conocimiento como un “conjunto de ideas, conceptos, enunciados que pueden ser claros y precisos, ordenados, vagos e inexactos, calificándolas en conocimiento científico, ordinario o vulgar”. Siendo conocimiento científico aquellos probados y demostrados, y conocimiento ordinario o vulgar aquellos que son inexactos productos de la experiencia y que falta probarlo o demostrarlo (5).

Para Platón, el conocimiento es una capacidad humana que incluye un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje (a posteriori) o a través de la introspección (a priori). En el sentido más amplio

del término, se trata de la posesión de múltiples datos interrelacionados que al ser tomados por si solos, poseen un menor valor cualitativo, tiene su origen en la percepción sensorial, después llega al entendimiento y concluye finalmente en la razón. Se dice que el conocimiento es una relación entre un sujeto y un objeto, el proceso del conocimiento involucra cuatro elementos: sujeto, objeto, operación y representación interna el proceso cognoscitivo (33).

Existen tipos de conocimiento como: Cotidiano, también conocido como empírico-espontáneo, se obtiene básicamente por la práctica, tiene lugar en las experiencias cotidianas, ha sido respuesta a las necesidades vitales. Técnico que se origina, cuando de muchas nociones experimentadas se obtiene una respuesta universal circunscrita a objetivos semejantes. Empírico, es también llamado vulgar, es el conocimiento popular, obtenido por azar, luego de enumeradas tentativas. El conocimiento común o popular está basado fundamentalmente en la experiencia, puede ser verdadero, falso o probable, teniendo las siguientes características: Es asistemático porque carece de métodos y técnicas. Es superficial porque se forma con lo aparente. Es sensitivo porque es percibido por los sentidos. Es poco preciso porque es ingenuo e intuitivo (33).

Otro tipo de conocimiento es el científico que va más allá de lo empírico, por medio de él, trascendido el fenómeno, se conocen las causas y las leyes que lo rigen. Sus características: Es cierto porque sabe explicar los motivos de su certeza. Es general, la ciencia partiendo de lo individual, busca en él lo que tiene en común con los demás de la misma especie. Es metódico, sistemático su objetivo es encontrar y reproducir el encadenamiento de los hechos, lo alcanza por medio del conocimiento de las leyes y principios. Por eso la ciencia constituye un sistema. La práctica es el ejercicio de cualquier arte o facultad, destreza, es ejercitar, poner en práctica las cosas aprendidas. También se define como el cumplimiento de las medidas generales de control y prevención de las IIH por parte del personal de salud (44).

Se revisaron estudios de investigación relacionados al tema:

De Vita V., en Buenos Aires- Argentina realizó el estudio: Conocimientos, actitudes y prácticas del personal de Salud relacionados con el lavado de manos clínico en una unidad de cuidados intensivos: concluyendo que el 61,2% del personal de salud conoce la técnica correcta del lavado de manos y el 38.8 la desconoce, se pudo constatar mediante las observaciones directas que el cumplimiento del lavado de las manos por parte de éstos solo fue de 45,7% (6)

Moya V.; en Trujillo-Perú realizo el el trabajo de investigación: Pautas de supervisión del Lavado de manos en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas en enfermeras y técnicas de enfermería, los resultados evidenciaron que el 90% del personal evaluado no tenía una buena técnica del lavado de manos, mientras que el 10% cumplía con la técnica correcta del lavado de manos. Asi mismo el 80% del personal que cumplía con la técnica correcta del lavado de manos era personal técnico de enfermería, mientras que el 20% restante era personal de enfermería (27)

Ramos S., en Tegucigalpa- Honduras realizo el trabajo de investigación: Práctica de Lavado de Manos en los Servicios de Ginecología y Pediatría del Hospital Anibal Murillo los resultados evidenciaron que la tasa de cumplimiento de lavado de manos en el personal de los servicios estudiados es baja (26.3% al inicio y 43.7% al final del estudio). Asi mismo las razones por las que hay poca adherencia a la higiene de manos expresadas por el personal fueron: la sobrecarga de trabajo (52.9% al inicio del estudio, 41.2% en la medición intermedia y 41.2% medición final), falta de papel (23.5% al inicio, 41.2% medición intermedia, 35.3% al final), el tiempo es insuficiente y que las unidades de lavado estaban localizados en sitios inadecuados o no habían (37)

Mas I.; en Guatemala, el estudio sobre: Conocimientos y Prácticas del auxiliar de Enfermería en el Lavado de Manos en el servicio de intensivo del Hospital Nacional de San Benito Petén; En su estudio descriptivo con abordaje cuantitativo en el 70% del personal evaluado conoce la importancia del lavado de manos, sin embargo, no cumplen con los pasos establecidos de la técnica al realizarla. El 60% mencionan incorrectamente los pasos del Lavado de Manos y al realizar la observación directa se detectó mucha debilidad en la aplicación correcta de la técnica Lavado de Manos. Así mismo, el 70% desconoce el tiempo estipulado para lavarse las manos, al realizar la observación se detectó que cuentan con el equipo mínimo para lavarse las manos, existiendo deficiencia en la aplicación del Lavado de Manos. A la observación sobre la práctica del lavado de manos el 20% del personal se lava las manos, pero no realizan la técnica correctamente para evitar el transporte de microorganismos (19).

La práctica con la utilización de principios, técnicas y procedimientos constituyen un reto para todo profesional, sin embargo en el caso de enfermería es importante que el profesional este apegado a los principios teóricos y éticos porque en caso contrario se compromete la vida del paciente, la idoneidad profesional y la responsabilidad de la institución. El Lavado de Manos es el método más eficiente para poder disminuir el traspaso de material infectado de una persona a otra, y cuyo propósito es la disminución continua de la flora residente y desaparición de la flora transitoria de la piel. Se considera que la disminución o muerte de ésta es suficiente para prevenir las infecciones hospitalarias cruzadas.

En la actualidad, el lavado de manos es realizado sólo por un tercio a la mitad de lo frecuente que debería ser hecho; no obstante, una mejor higiene de las manos puede reducir la frecuencia de las infecciones relacionadas con la atención sanitaria. A pesar de la información existente, el cumplimiento de las normas de higiene de las manos es muy escaso en todo el mundo. Es preciso

comentar que si bien la mayoría de los trabajadores de salud tienen el conocimiento de la importancia del lavado de manos, muchos frecuentemente incumplen esta medida, es por ello que se observa que algunos profesionales de enfermería en su función asistencial realizan actividades sin tomar en cuenta la importancia del lavado de manos, se dedican a realizar procedimiento de modo rutinario, sin concientizar que estarían contribuyendo al fomento de infecciones intrahospitalarias.

Lo que nos motivó a realizar esta investigación en lo personal es debido a múltiples preocupaciones y casos específicos que se han presentado en el personal de enfermería en diferentes hospitales del país, debido al desconocimiento del proceso de lavado de manos. En la parte profesional, nos ayuda a crecer como profesionales de enfermería para proporcionar al paciente una atención de alta calidad donde reciba solo beneficios sin correr ningún riesgo tanto para nosotros como para nuestros pacientes.

Esta investigación tiene mucha importancia para el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas, porque aporta a la solución de un problema con base científica a cerca del lavado de manos, que contribuye a disminuir infecciones cruzadas; previene enfermedades en el personal de salud y los visitantes del hospital y con ello reducir gastos extras por infecciones intrahospitalarias

Por lo manifestado anteriormente, nos planteamos la siguiente interrogante:

¿Cuál es el nivel de conocimiento y práctica de lavado de manos en enfermeras, del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Norte 2016?

OBJETIVOS:

❖ OBJETIVO GENERAL

- Determinar la relación entre el nivel de conocimiento y práctica de lavado de manos en enfermeras del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Norte, 2016.

❖ OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar el nivel de conocimiento sobre el lavado de manos en enfermeras del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Norte, 2016.
- Identificar el nivel de práctica del lavado de manos en enfermeras del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Norte, 2016.

HIPÓTESIS

Hi: El nivel de conocimiento se relaciona con la práctica de lavado de manos en enfermeras del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Norte, 2016.

Ho: El nivel de conocimiento no se relaciona con la práctica de lavado de manos en enfermeras del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Norte, 2016.

MATERIAL Y MÉTODO

2.1. MATERIAL

❖ Población de estudio

Estuvo conformado por 74 enfermeras que laboran en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Norte, en los servicios de Hospitalización, Emergencia, Quimioterapia, Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), Tópico de curaciones, Central de Esterilización, Consultorios Externos, Unidad de recuperación (URPA) y Procedimientos de Diagnósticos.

❖ Unidad de análisis

Enfermeras que laboran en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Norte, 2016.

❖ Criterios de Inclusión:

- Enfermeras que laboren por más de tres meses en los servicios de Hospitalización, Emergencia, Quimioterapia, Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), Tópico de curaciones, Central de Esterilización, Consultorios Externos, Unidad de recuperación (URPA) y Procedimientos de Diagnóstico, del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Norte.

❖ Criterios de Exclusión:

- Enfermeras que se nieguen en participar de la investigación en estudio.
- Enfermeras que se encuentren de vacaciones o con licencia.

2.2. MÉTODO

❖ Tipo de Estudio:

El estudio realizado es de tipo Descriptivo-Correlacional.

❖ Diseño investigación:

Este estudio no es experimental, es de tipo de descriptivo correlacional, que va a describir la relación entre las variables identificadas en esta investigación en un momento determinado.

$$M: X_1 \longrightarrow X_2$$

M: Enfermeras del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Norte.

X_1 : Nivel de conocimiento de lavado de manos.

X_2 : Práctica de lavado de manos.

2.3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable X1: NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL LAVADO DE MANOS

DEFINICIÓN CONCEPTUAL:

Es una capacidad humana que incluye un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje (a posteriori) o a través de la introspección (a priori), esto permite realizar el correcto Lavado de manos, que es la técnica de seguridad que permite disminuir de las manos los microorganismos para evitar su diseminación y proteger al paciente, personal y familia, tiene como propósito disminuir y prevenir la propagación de patógenos a zonas no contaminadas (20, 29).

DEFINICIÓN OPERACIONAL:

La definición operacional del siguiente estudio consideró los siguientes criterios

- **Nivel de conocimiento alto: 10 puntos.**
- **Nivel de conocimiento bajo: < 10 puntos.**

Variable X2: PRÁCTICA DE LAVADO DE MANOS.**DEFINICIÓN CONCEPTUAL:**

El lavado de manos es el método más eficiente para disminuir el traspaso de material infectante de un individuo a otro y cuyo propósito es la reducción continua de la flora residente y desaparición de la flora transitoria de la piel. Se considera que la disminución o muerte de ésta es suficiente para prevenir las infecciones hospitalarias cruzadas. (21).

DEFINICIÓN OPERACIONAL:

La definición operacional del siguiente estudio consideró los siguientes criterios:

- **Correcta práctica de lavado de manos: 16 puntos.**
- **Incorrecta práctica de lavado de manos: < 16 puntos.**

2.4. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN

El presente trabajo de investigación se realizó mediante la aplicación de dos instrumentos para la recolección de información; el primer instrumento denominado “CUESTIONARIO: CONOCIMIENTO DE LAVADO DE MANOS” elaborado por las autoras: Mendoza Meregildo, Katerine Yudith, Sandoval Casana Roxana Jesús; correspondiente a la primera variable en estudio, consta de 10 ítem, considerándose como respuestas cerradas cuyos valores son respuesta correcta: 1 punto y respuesta incorrecta: 0 punto. (ANEXO: 02)

El segundo instrumento denominado “PRÁCTICA DE LAVADO DE MANOS” de Checklist “PAUTAS DE SUPERVISION DE LAVADO DE MANOS CLINICO” del MINSA. permitió determinar el nivel de lavado de manos Que contiene 16 ITEMS con respuestas cerradas cuyos valores son respuesta correcta: 1 punto y respuesta incorrecta: 0 punto. (ANEXO: 01)

Escala de Valoración:

En relación al primer instrumento de “CUESTIONARIO: CONOCIMIENTO DE LAVADO DE MANOS” de las autoras: Mendoza Meregildo, Katerine Yudith, Sandoval Casana Roxana Jesús; correspondiente a la primera variable en estudio, consta de 10 ítem, considerándose como respuestas cerradas. (ANEXO: 02)

- Respuesta correcta : 1 punto
- Respuesta incorrecta : 0 punto

En relación al segundo instrumento de “PRÁCTICA DE LAVADO DE MANOS”, fue tomado en cuenta del Checklist sobre “PAUTAS DE SUPERVISION DE LAVADO DE MANOS CLINICO” adaptado a nuestro estudio, que contiene 16 ITEM con alternativas: Si y NO, considerándose como respuestas cerradas. (ANEXO: 01)

- Si : 1 punto
- No : 0 punto

Así mismo, una vez obtenida la autorización se procedió a realizar el checklist y tomar el cuestionario sobre lavado de manos a las enfermeras del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Norte, con el propósito de poder completar la muestra determinada para el presente estudio. A las enfermeras elegidas se procedió a realizar el checklist, y luego el cuestionario, a quien se le explicó el motivo y propósito del estudio para lograr su participación voluntaria, se les aplicó ambos instrumentos en un tiempo promedio de 20 minutos.

1.5. CONTROL DE CALIDAD DE DATOS

Confiabilidad:

De un total de 20 pruebas realizadas a nivel piloto para medir la confiabilidad del instrumento se obtuvo para el instrumento total un índice de confiabilidad Alfa de Cronbach de $\alpha = 0.881$ ($\alpha > 0.50$) para el instrumento que evalúa el nivel de conocimiento del lavado de manos y un índice de confiabilidad Alfa de Cronbach de $\alpha = 0.939$ ($\alpha > 0.50$) para el instrumento que evalúa las prácticas del lavado de manos, lo cual indica que los instrumentos son confiables

Validez:

El cuestionario para evaluar el conocimiento de lavado de manos, fue elaborado por las autoras, Mendoza Meregildo Katherine Yudith y Sandoval Casana Roxana Jesús, la cual se realizó mediante un juicio de expertos, para la validación se realizó una prueba piloto en el Hospital Regional Docente de Trujillo y el checklist, que evaluó la aplicabilidad de los pasos para el correcto lavado de manos, fue tomado de "PAUTAS DE SUPERVISION DE LAVADO DE MANOS CLINICO" del MINSA; Para la validez interna del instrumento que evalúa el conocimiento y la práctica del lavado de manos, se aplicó la fórmula de correlación de Pearson en los ítems

del instrumento de medición. Se obtuvo un $r = 0.852$ ($r > 0.50$) para el instrumento que evalúa el nivel de conocimiento del lavado de manos y $r = 0.979$ ($r > 0.50$) para el instrumento que evalúa las prácticas del lavado de manos, lo cual indica que los instrumentos son válidos.

2.6. ANÁLISIS ESTADÍSTICOS DE DATOS

Al aplicar los instrumentos respectivos se realizó una breve explicación a las enfermeras participantes para obtener su aceptación voluntaria y lograr el llenado de los cuestionarios para obtener la información que luego se procesó utilizando el paquete estadístico SPSS versión 22; presentando los resultados en tablas y gráficos estadísticos para evidenciar si las variables presentan o no relación estadística significativa, para ello se hizo uso de la Prueba de Independencia de Criterios Chi Cuadrado (X^2), donde si $p < 0.05$ se determina la significancia estadística en las variables señaladas, cuyos resultados fueron $p = 0,00$.

II. RESULTADOS

Tabla N° 1:

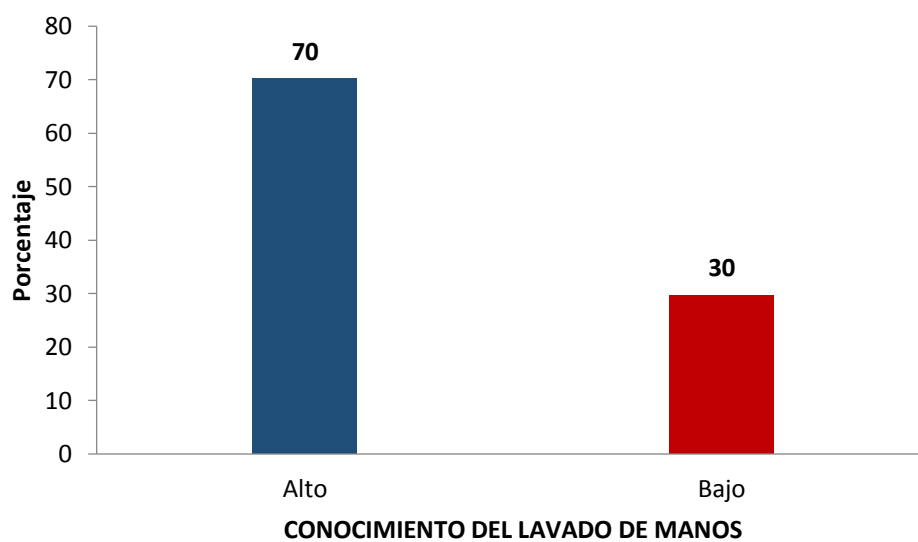
Nivel de conocimiento sobre lavado de manos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas, 2016.

Conocimiento del lavado de manos	N°	%
Alto	52	70
Bajo	22	30
Total	74	100

Fuente: Cuestionario del conocimiento sobre lavado de manos, IREN NORTE - 2016.

Gráfico N° 1

Nivel de conocimiento sobre lavado de manos del Instituto Regional de
Enfermedades Neoplásicas, 2016.



Fuente: Tabla 1.

Tabla N°2

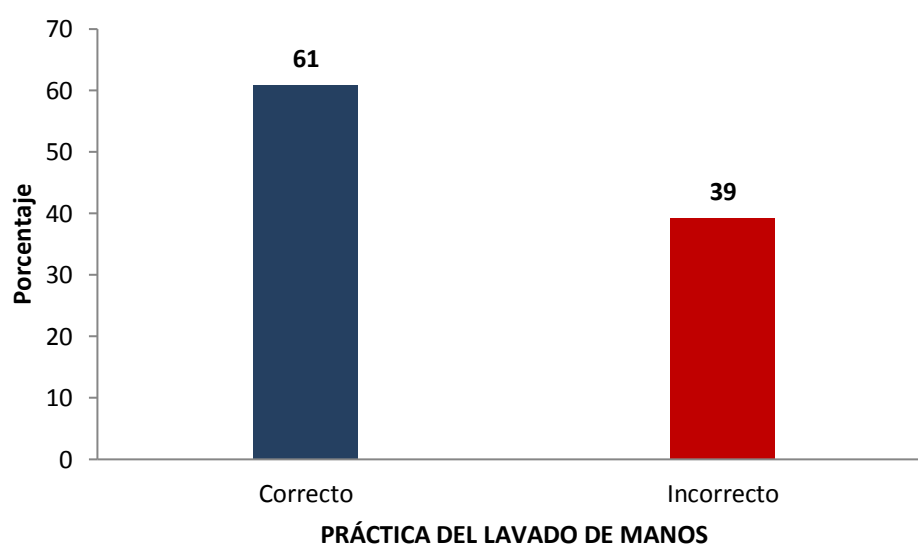
Práctica del lavado de manos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas, 2016.

Prácticas del lavado de manos	N°	%
Correcto	45	61
Incorrecto	29	39
Total	74	100

Fuente: Guía de observación sobre la práctica lavado de manos, IREN NORTE - 2016.

Gráfico N° 2

Práctica del lavado de manos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas, 2016.



Fuente: Tabla 2.

Tabla N°3:

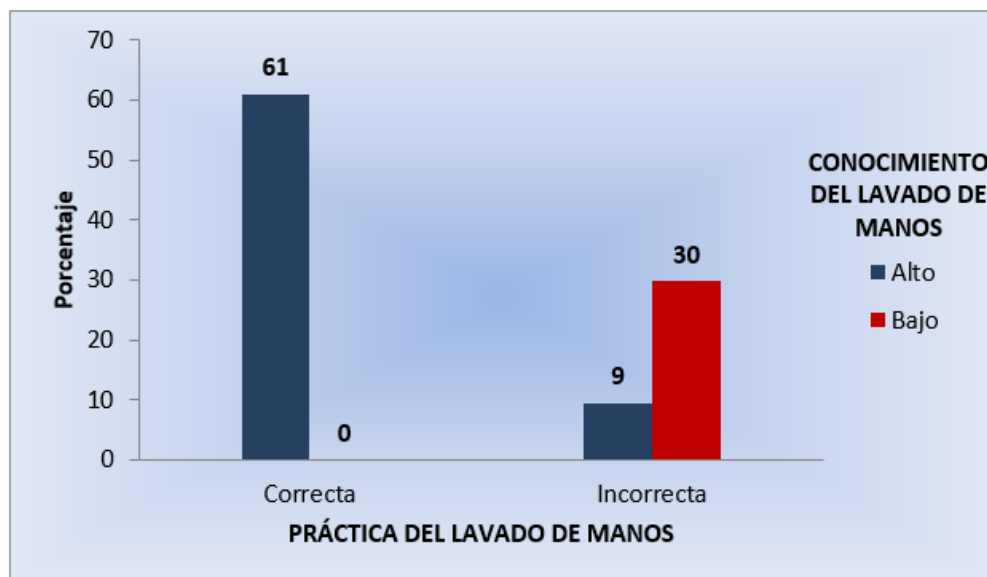
Nivel de conocimiento y su relación con la práctica del lavado de manos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas, 2016.

Práctica del lavado de manos	Conocimiento del lavado de manos				Total	
	Alto		Bajo			
	N°	%	N°	%	N°	%
Correcta	45	61	0	0	45	61
Incorrecta	7	9	22	30	29	39
Total	52	70	22	30	74	100
X² = 48.581			p = 0.000 < 0.05			

Fuente: Cuestionario del conocimiento y la guía sobre lavado de manos, IREN NORTE - 2016.

Gráfico N° 3

Nivel de conocimiento y su relación con la práctica del lavado de manos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas, 2016.



Fuente: Tabla 3.

III. DISCUSIÓN

Los hallazgos del presente estudio permitieron determinar los siguientes resultados que representan evidencia científica, que a continuación se especifica:

En la **Tabla Nº 1**, las enfermeras del IREN NORTE tuvieron nivel alto de conocimiento sobre el lavado de manos en un 70%, en tanto que el 30% nivel bajo (**Gráfico Nº 1**).

Nuestros hallazgos son semejantes con lo reportado por De Vita V., realizó en Argentina - Buenos Aires quien reportó que el 61,2% de los encuestados conoce la técnica correcta del lavado de manos y el 38.8 desconoce la técnica.

A partir de los resultados obtenidos en este estudio deducimos que la mayoría del personal de enfermería tiene un alto conocimiento acerca de la técnica de Lavado de manos, los cuales podrían convertirse en profesionales de referencia para sus compañeros, de esta manera contribuirían a catalizar y promover el cumplimiento de esta buena practica. Por tanto, es necesario que el Personal de Salud conozca y emplee el LM como medida de Bioseguridad para disminuir el riesgo de transmisión de microorganismos en los servicios de salud.

En la Tabla 2, se identificó que el 61% enfermeras del IREN NORTE practican la correcta técnica del lavado de manos y el 39% practica una técnica incorrecta. **(Gráfico N°2)**

Nuestros hallazgos difieren con lo reportado por Moya V, donde se evidencia que el 90% del personal evaluado no tenía una buena técnica del lavado de manos, mientras que el 10% cumplía con la técnica correcta del lavado de manos.

A partir de los resultados obtenidos en este estudio deducimos que la mayoría del personal de enfermería tiene una técnica correcta de lavado de manos, sin embargo, es necesario reforzar la adherencia a dicha práctica y realizar evaluaciones constantes, no solo del personal de enfermería, si no también de los recursos con los que cuentan. De tal manera que para aumentar el cumplimiento adecuado del LM en el hospital.

En la Tabla 3, se identificó que el 61% de las enfermeras tienen una correcta práctica lavado de manos con nivel alto de conocimiento, en tanto que el 30% de las enfermeras obtiene nivel bajo de conocimiento y una incorrecta práctica lavado de manos, por lo que según la prueba del Chi Cuadrado $p < 0.00$.

Nuestros hallazgos coinciden con lo reportado por De Vita V., realizó en Argentina - Buenos Aires en el año 2014, que evidenciaron que el 61,2% de los encuestados conoce la correcta técnica del lavado de manos y el 38.8 desconoce la técnica correcta del lavado de manos, se pudo constatar mediante las observaciones directas que el cumplimiento del lavado de las manos por parte de éstos fue de 45,7%.

El resultado de nuestros estudios, nos muestran que el nivel de conocimiento de la correcta técnica de lavado de manos es alto en ambos estudios. Como se sabe la promoción de adecuada de la higiene de las manos reduce el riesgo de contraer infecciones asociadas a la atención sanitaria. Aunque dicha acción pareciera insignificante sigue siendo la medida primordial para reducir la incidencia y la propagación de los microorganismos resistentes a los antimicrobianos. Nosotros al brindar cuidados con manos seguras, vamos a ofrecer un servicio de calidad que preserva la seguridad del paciente holísticamente, lo que contribuye a disminuir la morbilidad y mortalidad, disminuyendo el sufrimiento de pacientes y familiares, además también el costo que se genera en las instituciones.

IV. CONCLUSIONES

1. El nivel de conocimiento sobre el lavado de manos de las enfermeras del IREN NORTE es alto en el 70% en tanto que el 30% tuvo un nivel bajo.
2. La correcta práctica de lavado de manos predomina en las enfermeras del IREN Norte en un 61%, en tanto que el 39% practicó una técnica incorrecta.
3. Existe relación significativa entre el nivel de conocimientos y practica de lavado de manos ($p = 0.00$), encontrándose que el 61% de las enfermeras obtienen nivel alto de conocimiento y tienen una correcta práctica del lavado de manos, el 30% obtienen nivel bajo de conocimiento y tienen una incorrecta práctica del lavado de manos, en tanto que el 9% de las enfermeras obtienen nivel alto de conocimiento y tienen una incorrecta práctica del lavado de manos.

V. RECOMENDACIONES

1. Los profesionales de enfermería, deben capacitarse asistiendo a cursos que ayudan a promover y favorecer para implementar nuevos conocimientos para actuar como agentes de cambio que promocionan la cultura preventiva al poner en acción la práctica de lavado de manos, la cumple una función muy importante para la prevención de enfermedades en nuestros pacientes.
2. Continuar realizando investigaciones científicas que tengan que ver con el lavado de manos, y no solo en el personal de enfermería sino en todo el personal de salud para poder brindar una atención de alta calidad a nuestros pacientes.

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alaya J. Guía de higiene de manos para profesionales sanitarios: Osakidetza comisión 2009 - gobierno vasco – departamento de sanidad.
2. Álvarez F. Lavado de manos y prevención de infecciones transmisibles. Epidemiología y microbiología. Universidad de ciencias médicas, 2011 disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.13.%281%29_07/p7.html (Accesado el 11 diciembre 2015)
3. Bautista LM., Carrillo A., Gallardo J., Andren P. Implementación de la guía de aplicación de la estrategia multimodal de la organización mundial de la salud para la mejora de la higiene de manos. Colombia; 2013 10(1) 9-20.
4. Betancourt H, Castro K, Garay J, Simán R. Guía de medidas universales de bioseguridad. Ministerio de salud pública y asistencia social. Dirección de regulación programa nacional de ITS/VIH/SIDASAN salvador. 2004.
5. Bunge Mario. La ciencia. Su método y filosofía. Editorial Grupo Patricia Cultural. México 2000.
6. De Vita V. Conocimientos, actitudes y prácticas del personal de Salud relacionados con el lavado de manos clínico en una unidad de cuidados intensivos. Universidad Abierta Interamericana. Rosario – Argentina 2014.

7. Díaz J, Hernández P, Burga A, Salazar M, Moya V. Guía: Lavado de manos clínico y quirúrgico. Instituto Regional Enfermedades Neoplásicas del Norte. 2012
8. Grupo de trabajo de la guía sobre higiene de manos en la atención de la salud. Organización mundial de salud; 2009. Disponible en: https://www.google.com.pe/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahukewixoligjdtjahxh1cykhftrb44qfggamaa&url=http%3a%2f%2fwww.med.unlp.edu.ar%2farchivos%2fnoticias%2fguia_lavado_de_manos.pdf&usq=afqjcnfgguvqpqm9wfkodr4qodyo5nidw&sig2=49on1exkez8qiyogzuumna&bvm=bv.109395566,d.ewe (Accesado el 11 diciembre 2015)
9. Grupo de trabajo de la guía de directrices de la OMS sobre higiene de las manos en la atención sanitaria. Guía de directrices de la OMS sobre higiene de las manos en la atención sanitaria: unas manos limpias son manos más seguras – Alianza Mundial para la seguridad del paciente. Organización Mundial de la Salud; 2005.
10. Grupo de trabajo de higiene de manos de la comisión Inoz. Guía de higiene de manos para profesionales sanitarios. Ministerio de sanidad de vasco. 2009: 7 -15
11. Grupo de trabajo del manual técnico de referencia para la higiene de manos, OMS. Manual técnico de referencia para la higiene de las manos. Ministerio de sanidad, política social e igualdad, organización mundial de la salud; 2009.
12. Grupo de trabajo de la Guía de medidas de bioseguridad que aplica el profesional de enfermería y su relación con la exposición al riesgo laboral en el hospital santa maría del socorro. Guía de

medidas de bioseguridad que aplica el profesional de enfermería y su relación con la exposición al riesgo laboral en el hospital santa maría del socorro, Ica – Perú; 2014.

13. Guzmán C. Montevideo – Uruguay, Infecciones hospitalarias, déficit en la higiene. *Diario nacional el país*. 19 abril del 2009.
14. Jimenes M, Pardo V. El impacto actual del lavado de manos. Ministerio de sanidad de Vasco. 2008: 2(2) 123-129 disponible en: https://www.google.com.pe/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahukewjgxjc_r8rjahwg9x4khz-agsgfqqamaa&url=http%3a%2f%2fwww.hospitalcruces.com%2fdocumentos%2fcampanas%2fguia%2520higiene%2520osakidetza.pdf&usg=afqjcnepcvz2sxehfshpfm6z2_5swndg&sig2=jwd9iqiifobokmhf5-gga&bvm=bv.108538919,d.dmo (Accesado 07 diciembre 2015)
15. John M., Boyco MD., Didier P. Guía para la higiene de manos en centros sanitarios: Recomendaciones del comité de normalización para los procedimientos de control de infecciones sanitarias y el equipo de trabajo HICPAC/SHEA/APIC/IDSA para la higiene de manos. Génova 2002
16. Jurado W., Solís S., Soria C. Medidas de bioseguridad que aplica el profesional de enfermería y su relación con la exposición al riesgo laboral en el hospital santa maría del socorro. Perú; 2014. 12(1) 9 -14.
17. Larson E. Cambios en la flora bacteriana de la piel dañada asociadas con el cuidado del personal de salud. Asociación del control de infecciones. 26 de Octubre de 2008; 13-21.

18. Lobo ML. Florence Nightingale. In: George JB. Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional. Ed 4. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 2000. p.33-44. 6- Carraro TE. Os
19. Mas I. Conocimientos y Prácticas del auxiliar de Enfermería en el Lavado de Manos en el servicio de intensivo del Hospital Nacional de San Benito Petén. Universidad San Carlos de Guatemala. 2008.
20. Mestanza M. Relación entre el nivel de conocimiento y practicas sobre las medidas de bioseguridad en el personal de enfermería. Revista Ateneo Universidad Mayor de San Marcos. Disponible en: <http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/handle/123456789/3438> (Accesado el día 13 de Diciembre del 2015)
21. Ministerio de salud. Boletín clínico artículo: motivación del personal de salud hospitalario sobre el lavado de manos - Hospital Infantil de estado de Sonora vol 20 103 – 108. México 2003.
22. Ministerio de salud. Boletín epidemiológico artículo: importancia de la higiene de manos en la prevención de las infecciones asociadas a la atención de salud. Entrada en vigor 28 de octubre de 2015. Disponible en: https://www.google.com.pe/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahukewix68ld29bjahvgocykhsppaaeqfggamaa&url=http%3a%2f%2fwww.dge.gob.pe%2fportal%2fdocs%2fvigilancia%2fboletines%2f2014%2f17.pdf&usg=afqjcnedrkhq1tk2s1ys_dwqu0aib_-xva&bvm=bv.109910813,d.ewe (Accesado el 12 diciembre 2015)
23. Ministerio de salud. Norma técnica N° 015 MINSA DGSP – v.01” Manual de Bioseguridad” Perú -2004.

24. Ministerio de salud. Norma Técnica. N° 026 MINSA/OGE- V.01 norma técnica de vigilancia epidemiológica de las infecciones intrahospitalarias.
25. Ministerio de salud pública y asistencia social. Guía de medidas universales de bioseguridad. Dirección de regulación programa nacional de ITS/VIH/SIDA. San salvador 2004
26. Mora M. Salazar M. Evaluacion del proceso del lavado de manos al personal de salud que labora en el servicio de neonatología del Hospital Jose Maria Velasco Ibarra Tena, 2015. Ecuador 2015
27. Moya V. Pautas de supervisión del Lavado de manos en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas en enfermeras y técnicas de enfermería. 2014
28. Ninghtingale F. Notas sobre enfermería.” Qué es y qué no es”. Inglaterra: Ed. Harrison Inglaterra; 1859: 15-93-94-95
29. Organización Mundial de la Salud- Directrices para la seguridad del paciente sobre la higiene de manos en la atención sanitaria a nivel mundial. India . Oct - 2005; 59(10).
30. Ordoñez B. Normas de bioseguridad y lavado de manos aplicados por personal de enfermería en el área pediátrica del Hospital Isidro Ayora 2015. Universidad Nacional de Loja – Ecuador.
31. Ordoñez L. Boletín epidemiológico, Importancia de la higiene de manos en la prevención de las infecciones asociadas a la atención de salud17.ministerio de salud Perú. 2014 disponible en: <http://www.dge.gob.pe/boletin.php> (Accesado el 11 diciembre 2015)

32. Personal de enfermería del Hospital General Dr. Jorge Soberón Acevedo de Iguala, Guerrero. Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo ISSN 2007 - 7467 Identificación del indicador lavado de manos por el personal de enfermería del Hospital General Dr. Jorge Soberón Acevedo de Iguala, Guerrero. 2014 junio
33. Platón f. Definición de conocimiento. Disponible en <http://definicion.d/conocimiento/>. (Accesado el 15 de diciembre del 2015)
34. Postulados de Nightingale e Smmelweis: poder vital/vida e prevenção/contágio como estratégias para a evitabilidade das infecções. Rev. latinoam. Enferm. 2004 Jul-Ago;12(4):650-7
35. Pujol M. Limón E. Epidemiología general de las infecciones nosocomiales. Sistemas y programas de vigilancia. Formación Médica continuada: Infección Nosocomial. Fundamentos y actuación clínica. Enferm. Infecc. Microbiol. Clin. 2013; 31(2): 108 - 113
36. Pumarola A. Epidemiología y profilaxis de las enfermedades infecciosas en Pumarola, Microbiología y Parasitología Medica. Madrid Ed. Salvat, 1985; 314 -317.
37. Ramos S. Práctica de Lavado de Manos en los Servicios de Ginecología y Pediatría del Hospital Anibal Murillo Escobar. Universidad Nacional Autónoma de Honduras. 2010 - 2011
38. Rivera R. Castillo G. Astete M. Linares V. Eficacia de un programa de capacitación en medidas básicas de prevención de infecciones intrahospitalarias. Rev. Per Médica experimental y salud pública.2005; 22(2): 88 – 95.

39. Riveros E. Zambrano P. Amado P. Adherencia a las guías de higiene de manos en cuidado intensivo: el caso de una clínica privada. Universidad pontificia bolivariana. Medicina U.P.B. 2012; 31 (2). Disponible en: http://www.sci.unal.edu.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0120-48742012000200006&lng=es&nrm=is (Accesado el 07 diciembre 2015).
40. Roth R. James W. Microbiología de la piel: resistencia a la flora, ecología, infección. Academia de dermatología. 2009 mar;20(3):367-90.
41. Roddrick M., *teoría del conocimiento*. Madrid: Ed. Tecnos España; 1982.
42. Rodriguez O. Nelda J. Intervencion educativa sobre infección hospitalaria. Revista Medico de Camaguey 2010; 14 (2)
43. Rosenthal V. Programa de intervención para mejorar la prevalencia de lavado de manos en Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Público Argentino. Infectologia y Microbiología Clínica. 1999; 11 (4): 9 – 18.
44. Sánchez B. Seguridad del paciente: gerencia del área de salud de Plasencia – junta de Extremadura – consejería de sanidad y dependencia. Cuba; 2012. Disponible en: https://www.google.com.pe/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&cad=rja&uact=8&ved=0ahukewiyluehldtjahueryykhwrncrgqf gglmai&url=http%3a%2f%2fdoe.gobex.es%2fpdfs%2fdoe%2f2012%2f510o%2f12060369.pdf&usq=afqjcnggjap5i_xaa1_krep1pxo1_cpxa&sig2=su7lqi6bfidd_pq57vdecw&bvm=bv.109395566,d.ewe (Accesado el 11 diciembre 2015)

45. Seto W. Control de infecciones hospitalarias y las estrategias de admisión. Control de infección y epidemiología en Perú disponible en:
<https://www.google.com.pe/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=8&cad=rja&uact=8&ved=0ahukewis2rg5jntjahvcssykhshukbluqfghjmac&url=http%3a%2f%2fwww.codeinep.org%2frestricted%2f5%25ba%2520entrega%2520compendio%2520isq.pdf&usg=afqjcneaxlpwurmgnu8c0tzotk1dbsnr2a&sig2=bulc5bznkvhad-ftee3cjq&bvm=bv.109395566,d.ewe>; 2008 (Accesado el 11 diciembre 2015)
46. Soto V. Olano E. Conocimiento y cumplimiento de medidas de bioseguridad en personal de enfermería hospital nacional Almanzor Aguinaga Chiclayo 2002. Universidad de Sipán 2004; 65(2): 103 110 32
47. Sterirmed – aesthetics medical group. Anatomía y fisiología de la piel. Entrada en vigor el 1 de setiembre de 2015. Guía salud disponible en: <http://www.stetikmed.cl/desarrollo/articulos-pdf/steikmed-anatomia-y-fisiologia-de-la-piel.pdf> (Accesado el 12 diciembre 2015)
48. Valencia J, Peralta P, Encinas N, Sallard B. Motivación del personal de salud hospitalario sobre el lavado de manos en México. 2003: 20(2) 103-108

ANEXOS



UPAO

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

ANEXO Nº 01

CUESTIONARIO: CONOCIMIENTO DE LAVADO DE MANOS

AUTORAS:

- Bach: Mendoza Meregildo Katerine Y.
- Bach: Sandoval Cassana Roxana J.

- SERVICIO:.....
- FECHA:.....

INTRODUCCIÓN:

El presente cuestionario tiene como objetivo conocer los conocimientos que Ud. tiene sobre el lavado de manos clínico. Los resultados se utilizarán solo con fines de estudio, es de carácter anónimo y confidencial. Esperando obtener sus respuestas con veracidad se le agradece anticipadamente su valiosa participación.

INSTRUCCIONES:

Lea detenidamente y con atención las preguntas que a continuación se le presentan, tómese el tiempo que considere necesario y luego marque con un aspa (X) la respuesta que estime verdadera.

1. El lavado de manos es:

- a) Es una técnica de frote breve con solución antiséptica a partir de alcohol y emolientes.
- b) Es una técnica importante para reducir el riesgo de transmisión de microorganismos.
- c) Es un procedimiento complementario para la adecuada asepsia de las manos.

2. El objetivo del lavado de manos es:

- a) Remover la suciedad, el material orgánico y disminuir la concentración de bacterias o flora transitoria, adquiridas por contacto reciente con pacientes o fómites.
- b) Destruir la mayoría de las formas vegetativas bacterianas, hongos y virus lipídicos.
- c) Remover la suciedad visible y remover la flora de adquisición reciente.

3. El tiempo de duración del lavado de manos es:

- a) 60 segundos.
- b) 7- 10 segundos.
- c) 40 segundos.

4. Los momentos para la realización del lavado de manos clínico son:

- a) antes de ponerse los guantes estériles para insertar catéteres centrales intravasculares
- b) Antes del contacto con el paciente, antes de realizar una tarea limpia/aséptica, después de una exposición a fluidos corporales, después del contacto con el paciente y después del contacto con el entorno del paciente.
- c) Cuando las manos están visiblemente sucias o contaminadas con materia orgánica o manchadas de sangre u otros fluidos corporales.

5. El mecanismo de acción de la clorhexidina es:

- a) De acción bactericida, con espectro de actividad virucida.
- b) Producen precipitación y desnaturalización de proteínas, destrucción de las formas vegetativas de las bacterias en objetos inanimados.
- c) Provoca la ruptura de la membrana plasmática por alteración osmótica de la misma e inhibición de sus enzimas y pérdida irreversible del contenido citoplásmico.

6. La práctica del lavado de manos actúa sobre:

- a) Flora permanente.
- b) Flora transitoria.
- c) Ambas.

7. La flora transitoria es:

- a) Organismos que se han adquirido recientemente por el contacto con otra persona u objeto.
- b) Organismos que viven y se multiplican en la piel y varían de una persona a otra.
- c) Organismos residentes que se encuentran en las capas superficiales de la piel.

8. Indique la importancia que tiene las uñas cortas y sin esmalte para la realización del lavado de manos:

- a) Disminuye el crecimiento de las esporas, y su acción sobre las micobacterias.
- b) Disminuye el número de bacterias y su proliferación sobre las uñas.
- c) Altera las membranas celulares y micobacterias de las uñas.

9. Para el lavado de manos clínico se utiliza clorhexidina al:

- a) 2%
- b) 4%
- c) 5%

10. Principal efecto nocivo a consecuencia del lavado de manos clínico:

- a) Infección de vías urinarias.
- b) Dermatitis.
- c) Alergia conjuntiva – ocular.



UPAO

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

ANEXO N°: 02

PRACTICA DE LAVADO DE MANOS CLINICO

SERVICIO:

AUTORAS:

FECHA Y HORA:

- Bach: Mendoza Meregildo Katerine Y.
- Bach: Sandoval Cassana Roxana J.

LAVADO DE MANOS:	SI	NO	OBSERVACIONES
1. Las manos y antebrazos están libres de anillos, pulseras y reloj.			
2. Uñas cortas al borde de la yema de los dedos y sin esmalte.			
3. Apertura la espita del caño sin utilizar las manos, hasta obtener agua a chorro moderado que permita el arrastre mecánico.			
4. Humedece las manos.			
5. Deposita una cantidad suficiente de jabón en la superficie de las manos.			
6. Realiza el frotado hasta obtener espuma en toda la superficie de las manos.			
7. Realiza el frotado de las palmas de manos entre sí.			
8. Realiza el frotado de la palma de mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa.			
9. Realiza el frotado de las palmas de manos entre sí, con los dedos entrelazados.			
10. Realiza el frotado del dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos.			
11. Realiza el frotado del pulgar izquierdo con un movimiento de rotación atrapándolo con la palma de la mano derecha, y viceversa.			
12. Realiza el frotado de la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa.			
13. Se enjuaga las manos, de la parte distal a la proximal con agua a chorro moderado y no las sacude.			
14. Realiza el secado de las manos con toques de la parte proximal a la distal con una toalla de papel.			
15. Cierra la espita del caño con la misma toalla que se secó.			
16. Todo el proceso de lavado de manos clínico con la técnica correcta dura aproximadamente 60 segundos.			



UPAO

**UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

ANEXO N°: 03

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo..... estoy de acuerdo en participar de la investigación titulada “Nivel de conocimiento y práctica de lavado de manos en enfermeras, del Instituto Regional de enfermedades Neoplásicas del Norte 2016”

Se me ha explicado:

- Que el lavado de manos es la medida primaria cuyo objetivo es reducir el número de microorganismos en las manos y reducir el riesgo de contaminación cruzada entre los pacientes y/o personal, es por ello que la práctica con la utilización de principios, técnicas y procedimientos constituyen un reto para todo profesional
- Que existen investigaciones y propuestas de intervención por el Profesional de Enfermería para que de esta forma prevenir las infecciones Intrahospitalarias, fomentando responsabilidad sobre su propia salud y la del paciente.
- Que si deseo puedo, formar parte de la presente investigación, o en caso contrario puedo desistir de participar del estudio.

Mi participación es voluntaria por lo cual y para que así conste firmo este consentimiento informado junto al profesional que me brindo la información.

Trujillo,.....de.....del
2016

.....
Firma del participante

Autoras: Mendoza, Katerine
Sandoval, Roxana